



所得状況に関する同意書(自立支援医療<精神通院>用)

令和 年 月 日

練馬区長 宛て

私の自立支援医療(精神通院)の申請および支給認定に伴い、私および私の同一世帯員の特別区民税の課税状況、国民健康保険等の加入状況および障害年金・遺族年金等の受給状況について、確認することに同意します。

申請者氏名 _____

(代行者氏名 : _____
申請者との関係 : _____)

以下の該当する項目に☑をして下さい。

【 18歳以下 ※1 の方を扶養されていますか 】

扶養している 扶養していない
(0-15歳(人)
16-18歳(人))

↓↓ 申請者の住民税が非課税の場合にお答えください ↓↓

【 障害年金・遺族年金等 ※2 を受給していますか 】

受給している 受給していない

【 受給されている場合、その合計額 ※3 は 】

年額82万6千5百円を超えている 年額82万6千5百円以下である
↑ 障害年金が1級の方 ↓ 左記以外の方
↑ 障害年金が2級で82万6千5百円を超えている方
↑ 障害年金が3級で82万6千5百円を超えている方

※1 課税年度の前年の12月31日時点の年齢

※2 障害年金、遺族年金、特別障害給付金、労災に基づく障害給付金(傷病手当は除く)、特別障害者手当、特別児童扶養手当

※3 令和7年1月～12月に支給された額の合計